

参赭培气合吴茱萸汤治疗肝胃虚寒型反流性食管炎的临床观察

谢相智 许国磊 吴欣芳 白桦

(中国中医科学院广安门医院南区内科,北京,102600)

摘要 目的:观察参赭培气合吴茱萸汤加减治疗肝胃虚寒型反流性食管炎的临床疗效。方法:随机将 82 例肝胃虚寒型反流性食管炎患者分为观察组和对照组,每组各 41 例。对照组予雷贝拉唑治疗,观察组予以参赭培气合吴茱萸汤加减治疗。观察治疗后症状积分变化、胃镜下结果比较。结果:临床疗效比较:观察组总有效率 92.68% 优于对照组 73.17%, 差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组胃镜结果比较:观察组与对照组总有效率无统计学意义,但观察组总有效率高于对照组($P > 0.05$);2 组症状积分比较:治疗后观察组患者胃痛、嗝膈、恶心呕吐 3 个症状积分与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:参赭培气合吴茱萸汤加减治疗肝胃虚寒型反流性食管炎,其疗效优于单纯西药治疗。

关键词 参赭培气汤;吴茱萸汤;肝胃虚寒;反流性食管炎

The Clinical Observation of ShenZhePeiQi Combined with WuZhuYu Decoction In Liver Stomach Deficiency-cold Type of Reflux Esophagitis

Xie Xiangzhi, Xu Guolei, Wu Xinfang, Bai Hua

(Southern branch of Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 102618, China)

Abstract **Objective:** To observe the clinical efficacy of ShenZhePeiQi Combined with WuzhuYu decoction in liver stomach deficiency-cold type of reflux esophagitis. **Methods:** Totally 82 cases of liver stomach deficiency-cold type of reflux esophagitis patients were randomly divided into a treatment group and a control group, 41 cases in each. The control group was given Rabepazole enteric-coated capsules, and treatment group ShenZhePeiQi Combined with WuzhuYu decoction. Changes of symptoms were observed after treatment, and endoscopic results were compared. **Results:** The total efficiency of the treatment group was 92.68%, while the control group 73.17%. The treatment group's curative effect was better than that of the control group ($P < 0.05$). The two groups' endoscopy results comparison: the treatment group and the control group's total efficiency was not statistically significant ($P > 0.05$), but the total efficiency of the treatment group was better than that of the control group; Comparison of the two groups' symptoms score: there was significant difference in the 3 symptoms of stomach pain, dysphagia, nausea and vomiting ($P < 0.05$). **Conclusion:** In the treatment of liver stomach deficiency-cold type of reflux esophagitis, the curative effect of ShenZhePeiQi Combined with WuzhuYu decoction is better than that by western medicine treatment.

Key Words ShenZhePeiQi decoction; WuZhuYu decoction; Type of liver stomach deficiency-cold; Reflux esophagitis

中图分类号:R256.4 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.06.018

反流性食管炎(Reflux Esophagitis, RE)是由于胃和(或)十二指肠内容物反流入食管,胃镜下表现为食管黏膜的炎性反应、糜烂、溃疡和纤维化,临床以反酸、烧心、吞咽困难、嗝气、嘈杂等为主要症状,属于中医“吐酸”“反胃”“嘈杂”“噎膈”等范畴。西药治疗反流性食管炎存在着黏膜难愈合、复发率高等问题。近年来,中医药对 RE 的研究逐渐深入,凸显治疗优势,相关研究表明^[1]:胃虚气逆为本病病机关键,临床常伴有肝胃虚寒。笔者在临床实践中,通

过参赭培气汤和吴茱萸汤加减治疗肝胃虚寒型反流性食管炎,取得良好效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月至 2016 年 6 月我院门诊经胃镜明确诊治的反流性食管炎患者作为研究对象,选取经中医主治医师 2 名及以上人员共同辨证为肝胃虚寒证型患者,共 82 例,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 41 例。其中 2 组性别、年龄、黏膜损害程度胃镜分级比较差异无统

基金项目:中国中医科学院所级课题(编号:y2014-04)——胃食管反流病肝郁脾虚证临床疗效观察

作者简介:谢相智(1973.01—),男,本科,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗心血管及消化系统疾病,Tel:(010)60283723,E-mail:13718079667@139.com

通信作者:白桦(1982.07—),女,副研究员,研究方向:中西医结合治疗消化系统及肿瘤相关疾病,E-mail:b_hua@163.com

计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表1 2组年龄、性别比较(例数, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄	男	女	胃镜分级			
					A级	B级	C级	D级
对照组	41	47.08±8.71	22例	19例	23例	12例	4例	2例
观察组	41	48.10±8.74	23例	18例	24例	9例	5例	3例

注:2组之间差异无统计学意义, $P>0.05$; $P=0.5739$ 。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 RE 诊断标准参考第13版《实用内科学》^[2]制定,1)临床症状:反酸,烧心,胃脘痛,腹胀,嗝气等。2)胃镜标准:可见食管黏膜破损,有点状或条状发红、糜烂。病理可见食管鳞状上皮增生。RE的内镜诊断及分级按照洛杉矶(LA 分类法)^[3]。A级:黏膜皱壁表面存在破损,直径在5 mm以内。B级:黏膜皱壁表面破损直径>5 mm,但未出现破损兼融合现象。C级:黏膜皱壁表面破损并出现相互融合,但未环绕食管壁四周。D级:黏膜皱壁表面破损并出现相互融合,且累及食管壁75%以上。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4],根据常见症状及脉象确定中医证型。肝胃虚寒证:1)主症:烧心和(或)反酸;胸骨后或上腹部隐痛、喜暖喜按;泛吐清水;神疲乏力;纳差。2)次证:怕冷;大便稀溏;舌质淡、苔白腻;脉细或沉。具备主证1兼具主证中其他1项及次证2项,即可诊断为本病肝胃虚寒证。

1.3 纳入标准 年龄18~75岁;最近3个月内有反酸、烧心、胸骨后疼痛;符合RE西医诊断标准者;符合中医肝胃虚寒证型诊断标准者;2周内未用过抗生素、影响食管动力的药物及制酸剂等者;知情同意者。

1.4 排除标准 合并有心脑血管等严重疾患需要特殊处理的;合并消化性溃疡、出血或癌变;同时参与同类临床试验;肝肾功能异常;妊娠或哺乳期患者;存在精神类疾患不能充分理解试验内容或良好合作者。

1.5 治疗方法 观察组给予参赭培气合吴茱萸汤。组方:党参18 g、天冬12 g、代赭石24 g、清半夏9 g、肉苁蓉12 g、知母15 g、当归9 g、吴茱萸3 g、生姜20 g。1剂/d,水煎取汁600 mL,300 mL/次,分早、晚2次温服。2周为1个疗程。对照组给予雷贝拉唑肠溶胶囊(江苏济川制药有限公司生产,国药准字H20040916,规格20 mg×7粒/盒)。20 mg/次,2次/d,饭前口服,治疗2周为1个疗程。

1.6 观察指标 1)观察胃镜下食管炎愈合情况;2)统计症状积分^[6]:烧心、反酸、恶心、腹胀、胃痛、嗝气等症状按严重程度计分:a. 无症状,0分;b. 症状轻微,完全能忍受,烧心或反酸次数≤5次/d,1分;c. 感觉不适,影响工作和睡眠,5次/d<烧心或泛酸次数≤15次/d,2分;d. 难以忍受,严重影响工作和睡眠,烧心或泛酸次数>15次/d,3分。

1.7 疗效判定标准 1)胃镜下食管炎愈合情况根据《反流性食管炎诊断及治疗指南(2003年)》^[5]反流性食管炎内镜分级标准。愈合:胃镜检患者食管黏膜恢复正常,检查无任何炎性反应;有效:治疗后镜检患者食管黏膜较治疗前症状减轻超过1个等级以上;无效:治疗后镜检患者食管黏膜无任何好转,甚至更加严重。2)临床疗效:参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]制定疗效标准。症状改善率下降100%为痊愈,下降99%~70%为显效,下降69%~25%为有效,下降<25%为无效。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%,有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.8 统计学方法 采用SPSS 17.0统计学软件分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,2组比较用 t 检验,计数资料用卡方检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 2组患者治疗后,观察组总有效率为95.12%,对照组总有效率为73.17%,观察组疗效优于对照组,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 2组患者临床疗效比较($n, \%$)

组别	治愈	有效	无效	总有效率($\%$)	P
观察组($n=41$)	15	24	2	95.12%	0.024
对照组($n=41$)	7	23	11	73.17%	

注:与对照组比较* $P<0.05$ 。

2.2 胃镜结果比较 2组患者治疗后,胃镜结果比较,总有效率为95.12%,对照组总有效率为80.49%,观察组疗效优于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。其中观察组治愈18例明显高于对照组治愈12例。见表3。

表3 2组胃镜结果比较($n, \%$)

组别	治愈	有效	无效	总有效率($\%$)	P
观察组($n=41$)	18	20	3	92.68%	0.207
对照组($n=41$)	12	24	5	87.80%	

注:与对照组比较* $P>0.05$ 。

表 4 2 组主要症状积分比较 ($n, \bar{x} \pm s$)

组别		烧心	反酸	恶心	胃痛	噎膈
观察组 ($n=41$)	治疗前	2.45 ± 0.67	2.57 ± 0.62	3.01 ± 1.29	2.98 ± 1.27	2.23 ± 1.33
	治疗后	1.12 ± 0.56 [△]	1.07 ± 0.85 [△]	0.87 ± 0.91 * ^{△△}	0.94 ± 0.78 * ^{△△}	0.54 ± 0.62 * ^{△△}
对照组 ($n=41$)	治疗前	2.37 ± 0.62	2.49 ± 0.61	3.10 ± 1.23	2.85 ± 1.24	2.31 ± 1.28
	治疗后	1.26 ± 0.76 [△]	1.19 ± 0.63 [△]	1.87 ± 1.06 [△]	1.28 ± 1.04 [△]	1.62 ± 1.04 [△]

注:与对照组比较,* $P<0.05$,与同组治疗前比较,[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$ 。

2.3 症状积分比较 治疗前 2 组患者主要症状积分差异均无统计学意义($P>0.05$),症状有可比性。2 组患者治疗后,症状积分与治疗前比较,2 组主要症状积分均较治疗后减少,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者胃痛、噎膈、恶心 3 个症状积分与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),但 2 组患者反酸、烧心症状积分差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

3 讨论

在中医学中并无反流性食管炎名称,从古至今其病名大多以临床症状来命名。根据 RE 临床症状主要为反酸、胸骨后烧灼感、胸骨后疼痛、咽部不适及吞咽困难,因此本病可分别属于中医学之“吐酸”“嘈杂”“胸痹”“噎隔”“梅核气”等病范畴。基于传统中医理论指导,结合多年临床实践及临床经验总结,我们认为 RE 病因病机主要与情志失遂,肝失疏泄,胃气上逆,脾胃升降失常,浊邪内生,浊邪随气逆上泛;病位在食管,与肝、胆、脾、胃等脏腑有关。临床上中老年人的 RE 症状常比青年人更为严重,多则之于这些中老年患者,先天之本渐衰,而后天脾胃亦不足,从而最易出现脾阳不振,寒从中生,因此脾胃虚寒证临床多见。

参赭培气汤出自近代名医张锡纯的《医学衷中参西录》,为治疗“膈食”病而设。《医学衷中参西录》曰:“愚向谓此证系中气衰弱,不能撑悬贲门,以致贲门缩如藕孔,痰涎遂易于壅滞,因痰涎壅滞冲气更易上冲,所以不能受食”^[7]。方中代赭石、清半夏平肝降逆,赭石质重坠,善镇逆气,止呕吐,通燥结;淡苈蓉补肾敛冲,助代赭石平肝降逆,冲气不上冲,则胃气易于下降;党参、当归补中益气,补血活血;天冬、知母清热养阴。全方补中气、降逆气、清热养阴,气机顺畅,则吞咽、疼痛、烧心、嘈杂则易愈。吴茱萸

汤出自《伤寒论》,由吴茱萸、人参、生姜、大枣四味药物组成。功能温中补虚,降逆止呕。方中吴茱萸既可祛寒降逆,又能疏肝温胃。人参益气健脾,温中补虚;生姜辛温散寒,温胃降逆,与吴茱萸同用有相得益彰之妙,大枣甘补,既可协助温中补虚,又能甘缓调和诸药^[8]。参赭培气汤与吴茱萸汤合用更能起到降、温、补、清的作用,尤其对偏脾胃虚寒患者疗效尤佳,直中反流性食管炎的病机。

综上所述,参赭培气合吴茱萸汤辨证治疗脾胃虚寒型反流性食管炎疗效明显,内镜结果提示能显著起到治疗食管炎的微观效果,中医辨证治疗 RE 的优势在此研究中得到了进一步的体现。但是,由于本研究样本量偏少,观察指标较简单,尚需开展进一步的研究。

参考文献

[1] 李伟文, 庚美玲. 中医辨证分型治疗反流性食管炎的体会[J]. 医药前沿, 2013, 3(23): 348-348.

[2] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学(上册)[M]. 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1966.

[3] Armstrong D, Bennett JR, Blum AL, et al. The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observer agreement[J]. Gastroenterology, 1996, 111(1): 85-92.

[4] 国家药品食品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 366-368.

[5] 中华医学会消化内镜学分会. 反流性食管炎诊断及治疗指南(2003 年)[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(4): 221-222.

[6] 唐小波, 王亚雷, 许建明. 胃食管反流病问卷在胃食管反流病诊断中的价值[J]. 安徽医科大学学报, 2011, 46(3): 275-278.

[7] 翟本超. 参赭培气汤临床应用[J]. 四川中医, 2011, 29(6): 122-123.

[8] 唐祖宣. 吴茱萸汤的临床辨证运用[J]. 新中医, 1982, 14(1): 20-21.

(2016-11-13 收稿 责任编辑: 王明)